

RAPPORTO
della Commissione speciale
sul messaggio 24 novembre 1950 n. 273 accompagnante il disegno
di Codice sanitario

(del 25 agosto 1954)

La Commissione speciale, nominata sul finire della passata legislatura dal Gran Consiglio e poi rinnovata nella sua quasi totalità all'inizio della presente legislatura per l'esame del progetto del nuovo Codice sanitario, modificante *ab imis* la legge cantonale sanitaria del 23 giugno 1924, ha assolto il suo mandato e presenta a mezzo del sottoscritto il progetto come — d'accordo con il Consiglio di Stato rappresentato prima dal defunto Consigliere Agostino Bernasconi e poi dopo il suo improvviso decesso dal nuovo direttore del Dipartimento dell'igiene, on. Consigliere di Stato Adolfo Janner — è uscito dalle sue deliberazioni.

Giustizia vuole che si renda un postumo omaggio al Consigliere di Stato Agostino Bernasconi che il progetto di Codice sanitario ha elaborato ed illustrato nelle prime riunioni della vostra Commissione.

La Commissione speciale incaricata di esaminare messaggio e progetto di legge iniziò i suoi lavori nell'aprile 1951.

Dopo aver tenuto una prima sessione a Castagnola, dal 23 al 31 maggio di detto anno, dovette sospendere per quasi due anni i propri lavori, causa la mortale disgrazia automobilistica che falciò la esuberante esistenza del Consigliere di Stato Agostino Bernasconi, il quale aveva così potuto presenziare solo alla sessione di Castagnola.

Il successore del compianto Agostino Bernasconi, Consigliere di Stato Adolfo Janner, non poté mettersi a disposizione della Commissione che nel maggio 1953 per la sessione tenuta al Monte Verità di Ascona, dal 18 al 19 di quel mese. In due intense giornate di lavoro l'esame di tutto il progetto di Codice sanitario, con la fattiva collaborazione dunque del direttore del Dipartimento igiene Janner, del suo segretario Carlo Panzera e del medico cantonale dr. Frascina, fu portato a termine in prima lettura. Al termine dei suoi lavori, la Commissione, nel tardo pomeriggio del giorno 19 maggio, fece una visita all'istituto di anatomia patologica presso l'Ospedale distrettuale «La Carità» di Locarno, sotto la guida illuminata del dr. Riniker, che diede esaurienti informazioni sul funzionamento attuale dell'istituto, la cui opera appare apprezzata dalla quasi totalità dei medici ticinesi.

La seconda lettura si concluse in una nuova sessione tenuta alla Residenza e vi furono dedicate quattro sedute, nei primissimi giorni del maggio di quest'anno.

Il progetto che venne così definitivamente adottato d'accordo con il rappresentante del Consiglio di Stato e che vi sottoponiamo con il presente rapporto, si differisce dal primitivo progetto presentato dal Consiglio di Stato, ma avendo la Commissione raccolto l'adesione del Governo per il suo progetto sul quale sarà imperniata la discussione, è questo un atto parlamentare univoco che non solleva contrasti più tra Commissione e Governo, per cui la discussione avanti la Sovrana Rappresentanza avverrà su questo e non sul primitivo progetto.

Possiamo anche affermare che il progetto stesso ha raccolto l'adesione degli enti interessati per avere la Commissione sentito nel suo *plenum* le organizzazioni professionali.

Questo contatto diretto tra Commissione e ceti professionali, mantenuto tanto nella prima quanto nella seconda lettura, ha portato, a soddisfazione di tutti, ad una intesa generale che ha smussato tutti gli angoli delle differenze createsi anche fra gli enti interessati, differenze che si erano bensì fatte luce con qualche asprezza avanti il Dipartimento prima e dopo la elaborazione del progetto di massima, ma che poi furono tutte pacificamente composte. Le organizzazioni professionali sentite dalla Commissione furono quelle :

- a) dei medici chirurghi;
- b) dei medici dentisti;
- c) dei farmacisti;
- d) dei veterinari;
- e) delle levatrici;
- f) degli odontotecnici operatori autorizzati;
- g) degli odontotecnici.

I signori medici chirurghi hanno fatto pervenire alla Commissione una istanza con la quale patrocinano il pareggio dei diplomi e sollecitano una decisione da parte del Governo. Tale oggetto non riguardando però il Codice sanitario, non entra nelle nostre competenze. Ne abbiamo preso atto nell'ultima seduta della sessione del maggio 1953, rimandando l'istanza stessa al Consiglio di Stato.

Va ancora rilevato che essendo stato dalla Commissione demandato al Dipartimento di igiene l'esame di diversi articoli, quest'ultimo presentò il nuovo progetto di Codice sanitario corretto per la seconda lettura, con qualche ritardo causato dalle difficoltà dei problemi rimasti insoluti, così che la Commissione — come già osservato — poté tenere a tale scopo la sua ultima sessione solo in principio di maggio 1954. Per la correzione, per la redazione e per la seconda ristampa del progetto definitivo, dirette dal relatore e dal segretario del Dipartimento, occorsero ancora diverse settimane, per cui solo in questi giorni fu possibile stendere il presente rapporto.

Ciò premesso, non per parafrasare il messaggio del Consiglio di Stato, ma per dare alla Sovrana Rappresentanza la esatta visione delle disposizioni del nuovo Codice sanitario e mettere in luce le notevoli modificazioni apportate dalla Commissione, è necessario dare a questo rapporto una ampiezza insolita che però la materia merita.

Dall'anno 1924 è in vigore nel Cantone una legge sanitaria che non soddisfa più ai nuovi bisogni. L'aumento delle persone abilitate ad esercitare l'arte sanitaria nel Cantone con un afflusso sempre maggiore di elementi provenienti da oltre Gottardo, la maggiorazione continua di persone che esercitano le cosiddette arti sanitarie minori, quali gli infermieri, i massaggiatori, gli odontotecnici, i meccanici dentisti, gli ottici, comportano senz'altro la necessità di disciplinare meglio e più rigidamente l'esercizio di tutte le arti sanitarie — sia maggiori che minori — allo scopo di evitare abusi e di impedire che l'uno invada il campo dell'altro.

Le case di cura che, data la mitezza del nostro clima, la bellezza della natura ed il minor costo del loro funzionamento in confronto alle cliniche d'oltre Gottardo sono sorte un po' come fungaia benefica in ogni parte del nostro Cantone, devono essere sottoposte a disciplina più rigida nell'interesse tanto dei pazienti, quanto dello Stato che sovrintende alla sanità pubblica.

Spingendo più a fondo l'esame della situazione sanitaria del paese, il progetto prevede misure più particolareggiate contro le malattie infettive, misure profilattiche di puericoltura, istituisce ed allarga le disposizioni della lotta contro la tubercolosi, contro gli stupefacenti, disciplina l'igiene del suolo e dell'abitato con norme speciali per la dotazione di acqua potabile in tutti i Comuni e frazioni, per la creazione delle fognature e per migliorare la nettezza.

pubblica. Altre ancora sono le innovazioni che il progetto prevede e delle stesse diremo in seguito più dettagliatamente. Eviteremo così di darvi già ora il quadro sinottico delle misure adottate per non ripeterci in appresso.

La Commissione ha accettato quasi tutte le innovazioni previste dal progetto e se qualche disposizione più precisa o più ampia o magari più d'ordine generale venne introdotta nel progetto, le sue deliberazioni ebbero il consenso del Consiglio di Stato, per cui, come già accennato, il progetto che sottoponiamo alla approvazione della Sovrana Rappresentanza è concordato con il Governo che ha accettato le modificazioni apportate al suo progetto dalla Commissione, cosicchè il progetto è un tutto organico che Governo e Commissione hanno fatto proprio.

Ciò non pertanto, trattandosi di una materia molto complessa e che concerne tutte le manifestazioni che hanno relazione con la sanità pubblica, non potremo esimerci dal fissare in alcuni passaggi le riforme che vengono introdotte nel campo sanitario a modifica della legge sanitaria del 23 giugno 1924 fino ad ora in vigore.

1) Accenniamo di transenna alla diversa disposizione data all'art. 1 che sembrò alla Commissione meglio adatta di quella del progetto: facciamo notare che la denominazione del progetto di «salute pubblica» è stata mutata in «sanità pubblica» e così sono corretti tutti gli articoli relativi.

2) La innovazione introdotta dalla Commissione ed accolta dal Consiglio di Stato circa la composizione della Commissione di sanità prevista dall'art. 2 del progetto di legge, nel senso cioè che della stessa facciamo parte «pares inter pares» il medico ed il veterinario cantonale, che fino ad oggi, pur essendo queste le persone chiamate più d'ogni altra a prestare al Consiglio di Stato opera indispensabile per la efficace tutela della sanità pubblica, erano messe da parte dall'ente cantonale, cui invece deve essere assicurata la loro collaborazione diretta.

3) Alle competenze della Commissione di sanità voleva essere esplicitamente assegnata la facoltà di esprimere il suo modo di vedere «sulla sospensione del libero esercizio delle arti sanitarie», ma poi si è ritenuto che tale indicazione non era necessaria, ritenuto che il Dipartimento igiene, investito di una tale bisogna, sottopone senz'altro l'oggetto alla Commissione per ottenerne il suo preavviso.

4) All'art. 4 è previsto, oltre alle modificazioni di forma della lettera b) e g), una sostanziale maggiorazione delle competenze del medico cantonale, là dove alla lettera i) si richiede dallo stesso un rapporto anche nei casi di eventuale revoca del libero esercizio e non solo sulle istanze per l'ammissione al libero esercizio.

Il controllo dell'assistenza pubblica, delle casse pensioni di tutto il personale dello Stato affidato secondo il progetto (vedi *lett. m*), art. 4) al medico cantonale, non ha incontrato la simpatia della Commissione, la quale, per diversi motivi d'ordine pratico e generale, non escluso il timore di concorrenza manifestata dai professionisti privati, ha risolto di inibire tale compito al medico cantonale. La Commissione osserva del resto che in virtù dell'ultimo capoverso dell'art. 4 è sempre in facoltà tanto del Governo quanto del Dipartimento di igiene di affidare al medico cantonale altri compiti ed incarichi non contemplati da detto articolo, per cui nessun vincolo è fatto all'Autorità dalla quale dipende il medico cantonale di incaricarlo di determinate mansioni, quali il controllo degli assistiti o dei funzionari ed impiegati cantonali iscritti alle diverse casse pensioni.

Appariva superflua una speciale indicazione a tale proposito dal momento che, per effetto della regola generale, tale competenza viene riconosciuta all'Autorità.

5) Tra il primo progetto e quello che viene presentato alla Sovrana Rappresentanza esiste un divario che va rilevato. Il Dipartimento quando dovesse designare un supplente al medico delegato impedito di continuare nelle sue funzioni, ha facoltà di designare, in caso di vacanza, un supplente la cui designazione può estendersi nel tempo ad un periodo di *un anno*, mentre il primo progetto prevedeva solo un periodo di *sei mesi*. Ovvie ragioni militano a favore della modifica apportata dalla Commissione, nè vale la pena di spendere molte parole per giustificarla.

6) All'art. 11 va aggiunta una lettera l) il cui tenore occorre illustrare con qualche spiegazione. Si è domandato nel seno della Commissione come si poteva avere una visione esatta delle condizioni igieniche del Cantone e principalmente dei Comuni e si è discusso per sapere come tale controllo potesse essere operato mancando una cartoteca che tali indicativi fornisse. Venne perciò deciso di istituire un casellario sulle condizioni igieniche dei Comuni e dello Stato affidandone la tenuta al Laboratorio cantonale d'igiene, in collaborazione con il medico cantonale. Ed il capo del Dipartimento accettò i suggerimenti fattisi luce nella discussione e presentò una proposta di aggiunta all'art. 11, sotto lettera l), che fu accettata dalla Commissione; nè si dimentichi che l'Ispettorato cantonale delle derrate alimentari collabora pure esso all'opera del Laboratorio cantonale d'igiene.

7) All'art. 12 vengono modificati nella loro dizione la marginale ed alcune lettere, per dare ai medici ed ai veterinari il loro giusto titolo di « medici chirurghi » e di « medici veterinari ». La maggiore precisazione della marginale è di tale evidenza che occorre solo rilevarla.

8) Gli art. 14 e 15 hanno introdotto il principio che oltre gli statuti che reggono gli ordini e le associazioni di coloro che esercitano le arti sanitarie maggiori o minori, ordini istituiti dal decreto legislativo del 21 novembre 1938, sono da osservare dai membri degli ordini le norme deontologiche approvate dal Consiglio di Stato. Tali disposizioni, che vanno osservate dai membri degli ordini e sulla cui osservanza vigila il Consiglio di disciplina, eleveranno ancora — a non dubitare della correttezza e della buona fede dei Consigli degli ordini — in virtù anche della buona prova data, il decoro con il quale i cultori maggiori e minori dell'arte sanitaria esercitano la loro professione.

L'art. 15 del progetto primitivo che istituisce il Consiglio di disciplina è stato rimaneggiato dalla Commissione. Si è precisato il limite fino a dove può arrivare l'importo della multa e venne fissato — per quanto si domandasse da parte di qualche membro una maggiore rappresentanza dei medici — il numero dei componenti il Consiglio di disciplina a 5 come previsto su per giù per gli istituti simili delle altre professioni liberali. I medici-chirurghi non possono certamente pretendere di costituire la maggioranza del Consiglio di disciplina. Pare alla Commissione che quando il presidente ed il vicepresidente del Consiglio direttivo *dell'ordine* od *associazione* interessati nella vertenza, portata all'esame del Consiglio di disciplina, fanno parte del predetto Consiglio, gli interessi dei membri tenuti a dare conto dei loro atti, a qualsiasi ordine od associazione appartengano, siano abbastanza difesi e tutelati.

Una novità che ha il suo pregio e valore giuridico è data dall'ultimo capoverso dell'art. 15 che dispone essere la decisione del Consiglio di disciplina definitiva. Opportuna è tale disposizione perchè così alle beghe ed ai contrasti sarà posto fine e sarà chiusa la porta a nuove appellazioni che certamente sarebbero state invocate quando si fosse prevista ulteriore istanza di ricorso contro le decisioni del Consiglio di disciplina.

9) Con il Titolo II si entra nel vivo del disciplinamento dell'esercizio delle arti sanitarie.

Fissato il principio che per esercitare liberamente un'arte sanitaria, sia poi essa maggiore, minore od ausiliaria, occorre l'autorizzazione al libero esercizio del Consiglio di Stato per le arti maggiori e del Dipartimento dell'igiene per le arti minori od ausiliarie, l'art. 18 fissa la norma essenziale che solo professionisti, in possesso del diploma federale, possono essere ammessi al libero esercizio delle arti sanitarie maggiori.

Una certa eccezione alla rigidità di questa disposizione è prevista dal secondo lemma dell'articolo stesso, quando ammette la possibilità di ammettere all'esercizio temporaneo limitatamente ai bisogni d'istituti *ospedalieri pubblici*, professionisti che abbiano un diploma equipollente a quello federale. Di tale facoltà potrà naturalmente fare uso il Governo in caso di bisogno anche per gli istituti privati. Prevediamo anzi che avendo iscritto nella legge l'obbligo *per ogni istituto di cura d'averne un medico interno* — e di ciò parleremo più dettagliatamente quando ci occuperemo all'art. 59 degli istituti di cura — sarà giocoforza accordare le eccezioni di cui all'ultimo lemma dell'art. 18, visto che non sarà facile trovare sufficienti medici professionisti muniti del diploma federale ammessi al libero esercizio dell'arte medica, per dotare tutte le nostre case di cura che pullulano sul territorio del Cantone, d'un medico interno.

10) Per le arti sanitarie minori ed ausiliarie è il Dipartimento l'Autorità (vedi art. 19) che ammette all'esercizio delle professioni di levatrice, di infermiere, di massaggiatore ed all'esercizio delle altre arti sanitarie minori ed ausiliarie, a seconda che gli interessati siano in possesso di un certificato rilasciato da una scuola svizzera riconosciuto idoneo o dal previsto certificato di fine tirocinio. Con questa disposizione, oltre alle altre già precedentemente adottate, si pone fine ad uno stato di anarchia e si fanno rientrare tutti coloro che pretendono di prestare determinati servizi riferentisi all'arte sanitaria ed alle cure da prestarsi al corpo umano, nell'ordine e nella disciplina della legge. E' pure sancito il principio generale dell'obbligo di coloro che esercitano un'arte sanitaria di prestare la propria opera a chiunque la richieda.

11) L'art. 20 precisa i documenti che occorrono in via generale a tutti gli aspiranti all'esercizio di un'arte sanitaria per ottenere l'autorizzazione e la possibilità di un rifiuto (anche se fossero comprovate le qualifiche sanitarie) mentre l'art. 22 sancisce i principi in base ai quali l'Autorità competente può ordinare la revoca per tempo determinato od indeterminato di una autorizzazione ad esercitare un'arte sanitaria.

Un principio nuovo introdotto nella legge è quello che inibisce ad un professionista di esercitare liberamente più di un'arte sanitaria maggiore (art. 22). Quindi non più medici-chirurghi che fanno il medico-dentista, non più medici-chirurghi che svolgono attività di veterinario. Il farmacista farà dunque solo il dispensatore di medicinali (siano specialità o ricette) e non si occuperà di esaminare pazienti, nè darà consigli o farmaci senza l'intervento del medico chirurgo, unica persona che secondo l'art. 28 può provvedere a queste bisogne. Una fonte di attriti fra questi professionisti sarà così, e lo speriamo, tolta con l'adozione di questo principio.

Le disposizioni del capitolo riferentisi ai medici, dall'art. 28 all'art. 31, per quanto riguarda i diritti inerenti alla esplicazione della professione e l'obbligo di denunciare casi manifesti o sospetti di malattia contagiosa, ricevono nella legge maggiore precisazione, che nessuno ha creduto di contestare. Anche il diritto di esercitare quale specialista (F.M.H.) e la procedura a seguirsi per ottenere tale riconoscimento, fu accolto dalla Commissione.

12) Il capitolo che disciplina l'applicazione della professione dei medici dentisti è stato, dopo lungo dibattito anche in contraddittorio con i rappresentanti dell'ordine dei medici dentisti, approvato dalla Commissione. Venne affermato, e si può dire, confermato il principio che di regola un medico dentista

può esercitare e dirigere un solo gabinetto, con facoltà del Dipartimento di autorizzare il medesimo professionista a dirigere in altra località dove non vi sono dentisti, un secondo gabinetto con obbligo però di *lavorare personalmente* nei due gabinetti o di farsi sostituire da un medico dentista ammesso al libero esercizio nel Cantone. Questa disposizione dovrebbe limitare ai medici dentisti la possibilità di avere in località diverse due o tre gabinetti e nel medesimo tempo creare la possibilità ai giovani professionisti di impiantare nuovi gabinetti indipendenti e senza dover riconoscere un diritto preferenziale per quei medici dentisti che per il passato hanno saputo creare diversi gabinetti. Per aprire un gabinetto dentistico da gerire sotto la propria esclusiva responsabilità, occorre l'autorizzazione del Dipartimento che esercita in tal modo un effettivo controllo sull'esercizio dell'arte sanitaria dentaria su tutto il territorio del Cantone, e ciò eviterà gli abusi. Per coloro che esercitano l'arte dentaria senza essere in possesso del diploma di medico dentista, la Commissione confermerà le disposizioni legali votate dal Gran Consiglio negli anni 1919-1924 e 1938, nè intese ritornare su questo problema. Le disposizioni transitorie dell'art. 174 regolano la situazione di questa speciale categoria di professionisti, ridotti ora a 4, situazione che la Commissione ha esaminato confermando, in virtù dei precedenti decreti legislativi, le disposizioni adottate che non dovrebbero essere modificate senza fare un grave torto a coloro che ne hanno beneficiato dal 1924 in avanti e che potrebbero anche — nel caso venissero abolite — avanzare pretese per indennizzo danni.

In ogni modo l'ordine dei medici dentisti si è dichiarato completamente d'accordo di mantenere quella regolamentazione d'ordine transitorio che non offende alcuno e che si giustifica in fatto ed in diritto.

In ogni modo possiamo dire che tutte le norme fissate dal nuovo codice per l'esercizio della professione del medico dentista nonchè quelle riferentisi ai cosiddetti odontotecnici e meccanici (art. 57), sono state discusse e approfondite seriamente nelle sedute tenute con i rappresentanti dell'ordine dei medici dentisti, dopo aver sentito anche gli interessati professanti le arti sanitarie minori, per cui nessuna opposizione dovrebbe più sorgere da parte di questi signori.

13) Dall'art. 36 all'art. 51 il progetto di legge dispone le norme per l'esercizio delle farmacie. Anche questo capitolo è stato lungamente vagliato e discusso con i rappresentanti dei diversi ordini esercitanti le arti sanitarie maggiori (medici-chirurghi; medici veterinari e medici dentisti) poichè tutti questi professionisti hanno interessi contrastanti tra di loro.

Le lunghe e qualche volta estenuanti discussioni, anche se non sono state completamente verbalizzate, hanno però portato all'adozione di norme concordate tra di loro con la Commissione e con il Dipartimento, cosicchè anche in questo campo, con la mutua comprensione di tutti, venne trovato un terreno di intesa che pensiamo debba trovare l'approvazione della Sovrana Rappresentanza.

Vale la pena di dare per sommi capi i principi adottati.

In primo luogo allo scopo di far scomparire definitivamente il pericolo (già in atto) di speculazioni commerciali nel campo di questa professione — che è pure un'arte liberale — venne introdotto il principio che l'autorizzazione ad aprire e gerire una farmacia non può essere concessa che ad un farmacista in possesso del libero esercizio nel Cantone. Inoltre il farmacista deve essere proprietario della *farmacia autorizzata* da lui gerita ma senza diritto di *essere proprietario di più farmacie*. Tale draconiana disposizione tende a proteggere i farmacisti in possesso del libero esercizio nel Cantone ed a vietare la costituzione di società commerciali gerenti farmacie, sì da rendere quasi illusorio il diritto del libero professionista. Anche le misure prese per regolamentare le cessioni di farmacie che venissero a mancare del loro titolare, tendono a man-

tenere integro il concetto della trasmissione ad una *persona fisica* che deve essere abilitata al libero esercizio.

La questione a sapere se gli altri professionisti degli ordini maggiori sanitari possano eventualmente dispensare farmaci a terzi, ha dato luogo a lungo e vivace dibattito. Si è finalmente trovata una formula di compromesso a stregua della quale la tenuta e la somministrazione di medicinali ai clienti viene concessa, ma solo di quelli cosiddetti di urgenza.

Una eccezione di grande peso è quella che si riferisce al diritto dei medici veterinari di somministrare direttamente le specialità farmaceutiche che non si trovano presso le farmacie. Con questa disposizione non si è innovato alla situazione esistente, ma si è solo codificato una prassi in vigore, per effetto della quale è stato creato nel nostro paese una specie di monopolio per la vendita di questi prodotti farmaceutici destinati al bestiame. Alcune case specializzate nella produzione di farmaci per il bestiame, grosso o piccolo poco importa, hanno tra di loro costituito un cartello che per principio non vende i propri *prodotti ai farmacisti*, ma solo ai veterinari che li somministrano poi direttamente ai pazienti. Non è dunque solo per la necessità che i veterinari abbiano a loro disposizione determinati farmaci da somministrare direttamente quando sono chiamati nelle regioni di montagna che venne loro riconosciuto il diritto di comperare e cedere le medicine, ma anche per il motivo che determinate medicine non vengono nemmeno fornite dai produttori alle farmacie, per cui inutile torna stabilire un monopolio a favore dei farmacisti. E questi ultimi hanno dovuto inchinarsi di fronte alla realtà ed abbandonare non solo di fronte ai veterinari ma anche nei confronti dei professionisti esercitanti le arti sanitarie maggiori e le levatrici, un monopolio assoluto quo alla somministrazione delle medicine. La funzionalità dei dispensari farmaceutici distanti 6 chilometri da una farmacia, da affidare al medico condotto od a quello della cassa ammalati, non costituisce una novità, essendo già contemplata dalla legge sanitaria del 1924: il mantenere tale possibilità risponde ad un bisogno sentito principalmente nelle regioni di montagna.

14) Il capitolo E agli art. 52-53 tratteggia le norme per l'esercizio della professione di veterinario che sono sinteticamente esposte in due articoli tanto chiari da non aver bisogno di essere commentati. Una volta regolata — come abbiamo visto — la questione riferentesi alla vendita e alla somministrazione dei medicinali direttamente dai veterinari ai pazienti, non restava più molto a discutere in riguardo alla loro particolare attività, anche là ove essi, diventando dei funzionari statali nella loro qualità di ispettori delle carni, sono qualche poco sottoposti alla sorveglianza del medico e del veterinario cantonali.

15) Gli articoli 54-55 disciplinano le attività delle levatrici. Una *profonda modificazione* nella struttura stessa dei diritti di queste collaboratrici dei medici-chirurghi nella delicata mansione della maternità e che fino a pochi anni or sono esercitavano l'esercizio delle loro funzioni in completa indipendenza, si è a poco a poco manifestata nell'andare del tempo, fino a permettere loro di tenere a pensione, prima e dopo il parto, gestanti che ritenevano miglior cosa passare gli ultimi giorni della loro gravidanza e quelli subito dopo il lieto evento presso una levatrice. Tale facoltà che veniva loro mantenuta nel testo del nuovo progetto di codice sanitario con obbligo però di richiedere l'autorizzazione ad hoc del Dipartimento, viene invece completamente annullata dal progetto commissionale. Troppi sono gli abusi che si sono verificati in passato per permettere ancora questa speciale ospedalizzazione di gestanti in case private che non offrono grandi garanzie dal punto di vista sanitario, profilattico e della sicura individuazione dei neonati. Di fronte poi alla cresciuta costituzione di reparti di maternità presso gli ospedali distrettuali e cittadini, nonché alla maternità cantonale, la Commissione, senza opposizione, ha deciso di to-

gliere alle levatrici il diritto di ospitare partorienti, per cui ha stralciato i due ultimi capoversi dell'art. 55 che tale diritto codificava nella legge.

16) Il Titolo G indica qualche norma per l'esercizio di qualcuna delle arti sanitarie minori, rimandando invece al regolamento la determinazione delle altre norme sull'esercizio di queste professioni. Ha voluto invece precisare la figura e la facoltà dell'odontotecnico limitandole alla confezione e riparazione di protesi che devono essere eseguite su ordinazione del medico dentista, vietata all'odontotecnico qualsiasi manipolazione nella bocca del paziente e quindi anche il diritto di *prendere direttamente impronte di qualsiasi natura nella bocca del paziente*. L'odontotecnico è un meccanico che lavora su ordinazione, consiglio e sorveglianza del medico dentista senza però prendere direttamente contatto con la bocca del paziente. Tali limitazioni erano richieste con insistenza dai medici dentisti e la Commissione, d'accordo in pieno col capo del Dipartimento e con il medico cantonale, trovando la richiesta più che giustificata, ha cristallizzato la inibizione nell'art. 58 in modo tale che non si possano più sollevare dubbi.

17) *Titolo H. Dall'art. 59 all'art. 73 sono fissate le discipline che regolano gli istituti di cura*, che occorre fissare in modo abbastanza rigido poichè di queste cosiddette case ne sorgono a piè sospinto in ogni parte — anche le più eccentriche — del Cantone.

Dopo aver dato negli art. 59/60 la nozione di un istituto di cura e la necessità di ottenere un'autorizzazione da parte dell'Autorità governativa — ed in questo caso entrano in linea di conto i Dipartimenti di polizia e di igiene — l'art. 62 fissa il principio che ogni casa di cura, oltre ad avere una direzione e una amministrazione, deve assumere un *medico interno* quando il direttore medico od il suo sostituto non *dimorino* permanentemente nell'istituto.

La esigenza imposta da questo articolo è condivisa da tutti i membri della Commissione. Le lamentele della popolazione sono per questa mancanza infinite e giustificate. Le funzioni di medico interno di un ospedale e di medico della cassa ammalati del circondario medico dove è situato l'istituto di cura sono state in molti casi abbinate e ciò ha creato moltissimi incidenti. Il principio suddetto ha stato naturalmente per istituti di cura pubblici e privati. Anche se aumenterà, come aumenterà certamente, gli oneri dell'istituto di cura, non per questo può essere dimenticata la indispensabilità di avere sempre sul posto un medico, nessuna eccezione potendo più essere tollerata. L'istituto ha una responsabilità grave di fronte agli ammalati degenti che si affidano alle sue cure principalmente dove esistono reparti di chirurgia e di maternità, chè oramai hanno aperto tutte queste case di cura sia pubbliche che private. La loro responsabilità viene anzi allargata nei confronti degli ammalati. Le case di cura sottoposte alla vigilanza del Dipartimento e quindi del medico cantonale, devono uniformarsi alle norme ed alle regole fissate da questo capitolo H.

Norma generale è che questi istituti di cura, privati o pubblici, non possano negare le loro prestazioni a persone il cui ricovero è dichiarato *urgente da un medico* ed è loro proibito — contrariamente alla pratica in uso presso qualche casa di cura — di subordinare l'accettazione dell'infermo alla prestazione di garanzie finanziarie.

Alla individuazione dei neonati per la maternità, gli ospedali pubblici e le case private di cura che abbiano istituiti reparti di assistenza ostetrica, devono provvedere in modo serio e con grande attenzione usando i *contrassegni inamovibili* da approvare dal Dipartimento; ciò per evitare qualsiasi dubbio che assilla i genitori principalmente là dove molti sono i *neonati presi in consegna*.

Abbiamo così esaminato e speriamo anche di aver messo nella sua giusta luce la prima parte del Codice sanitario che contempla, oltre alle regole orga-

nizzative del servizio sanitario, anche i diritti ed i doveri dei diversi ordini di professionisti che esplicano la loro attività nel campo dell'arte sanitaria.

18) Il Codice sanitario avendo però esteso e di molto l'ordinamento delle necessità sanitarie per cui saremo ora dotati di una legge che inquadra quasi tutto quanto ha riferimento alla profilassi della vita umana, occorre dare per queste particolari disposizioni qualche spiegazione anche a costo di prolungare il nostro rapporto. Siccome il messaggio del Consiglio di Stato che presenta la nuova legge sanitaria rimonta al 1950 ed ha raggruppato molte altre disposizioni che trovano la loro base in decreti legislativi separati, torna necessario che il relatore, anche solo brevemente, parli di tutte le altre misure che sono contemplate nel progetto di legge.

19) Così ad esempio occorre notare che la organizzazione di laboratori di analisi mediche è stata riconosciuta come un diritto delle case di cura sotto la sorveglianza del Dipartimento, cui devono riferire le loro analisi, dagli articoli 71-72-73, mentre i medici sono autorizzati a gestire dei laboratori privati senza rendere conto ad alcuno dei risultati e delle analisi eseguite.

20) La istituzione di un servizio di anatomia patologica e di batteriologia si è urtata contro molti dubbi e ha sollevato non poche apprensioni. Un esame più profondo del problema e la visita oculare all'istituto privato del dr. Riniker funzionante a Locarno presso l'Ospedale della Carità, hanno convinto la Commissione dell'opportunità dell'attuazione di un simile servizio che torna di utilità ai medici ed ai pazienti e libera il Cantone dalla dipendenza degli istituti d'oltre Gottardo. Si è così colmata una lacuna che era di grave pregiudizio ai compiti del medico. La rapidità ad avere una risposta nei casi che interessano il medico e la conferma o meno di una diagnosi senza perdere molto tempo, confermano la fiducia del ceto medico verso detto istituto.

Alcuni membri della Commissione hanno anzi patrocinato la riorganizzazione del Laboratorio cantonale di batteriologia e biochimica quando non si volesse creare un istituto ad hoc che unitamente a quello di anatomia patologica possa soddisfare tutti i bisogni della nostra popolazione non ancora normalizzati dalle iniziative adottate dagli ospedali.

21) Nei Titoli IV e V vengono preordinate le misure profilattiche di puericultura e di prevenzione sociale.

La Commissione non ha seguito il progetto là dove prospettava la istituzione dei consultori ostetrici e dei dispensari per lattanti. Dopo aver affermata la necessità della eventuale creazione di tali istituti principalmente nelle campagne senza però introdurre nella legge una disposizione precisa a tale riguardo, ha prospettato la necessità di promuovere la istituzione di opere di previdenza con impegno a sussidiarle, limitandone l'attività alla profilassi, all'igiene ed alla alimentazione dei neonati.

La lotta contro le malattie sociali viene indicata come un compito dello Stato, al quale esso deve assolvere con la propaganda ed il sussidiamento di iniziative di tutti quegli enti, sia pubblici che privati, che tendono a questo scopo. La Commissione ha lasciato cadere la marginale nell'intento di non limitare la lotta solo contro le malattie ivi contemplate. Il servizio di igiene mentale, del quale parlano gli articoli da 78 a 82, come si è espresso il capo del Dipartimento, è « musica di un futuro lontano » e la Commissione, pur approvandone le intenzioni, ritiene che per risolvere questo problema occorrono mezzi non indifferenti che per tanto non sono a disposizione del Dipartimento. Bisogna però senz'altro intensificare la lotta contro l'alcolismo che segna una manifesta recrudescenza principalmente di casi gravi. Da ciò la necessità di una ben maggiore sorveglianza da parte dello Stato e di una sempre maggiore lotta contro tale piaga che ferisce profondamente la pubblica sanità.

Tutto quanto ha riferimento al previsto servizio mentale resta per tanto un'aspirazione degna di encomio da istituire in progresso di tempo se la necessità sarà sentita e se verranno messi a disposizione del Dipartimento i mezzi necessari a farlo funzionare. Per intanto le misure previste da questi articoli possono esser accolte in attesa di applicarle al momento opportuno, pur riconoscendo che prospettano una necessità non trascurabile per il miglioramento generale della pubblica sanità.

22) La lotta contro la tubercolosi e gli stupefacenti, di cui alla lettera B art. 83 del Titolo IV, nel quadro della legislazione federale e cantonale non può che trovare l'approvazione della Commissione, che, accettando l'art. 83, ha implicitamente accettato le intenzioni del Dipartimento là dove si propone di intensificare, a mezzo degli istituti già a sua disposizione, la lotta contro il flagello della tubercolosi. Gli stupefacenti sono diventati in questi ultimi tempi una vergognosa attrattiva di una parte della cosiddetta « società per bene » che crede di trovare felicità nel darsi al fumo dell'oppio o nell'annusare cocaina. Perfino la morfina diventa materia in uso, se non comune, molto forte. In questo campo non basta, secondo l'opinione del relatore, intensificare la caccia agli spacciatori di queste droghe e renderli inoffensivi; occorre non solo prevenire l'uso, ma dopo aver compiuto l'opera di disintossicazione dei soggetti che sono caduti così in basso da darsi a questi tossici ritenendoli indispensabili alla esistenza, *punire questi soggetti*, che fanno opera deleteria di propaganda in mezzo alla gioventù che, facile esca al vizio, non sa più in molti casi ritornare alla vita normale. Gli spacciatori di queste droghe sono individui che dovrebbero essere messi al bando della società. Le misure prese contro di loro e le pene irrogate non bastano a far cessare il flagello. Le Autorità amministrative e quelle giudiziarie principalmente sono ancora troppo benigne in confronto a questa losca gentaglia che pur di fare quattrini se ne infischia della salute del prossimo e mette a repentaglio migliaia di vite umane.

23) La lett. D del Titolo IV prevede le misure da prendersi contro le malattie infettive.

Questo capitolo è stato quasi tutto riformato dalla Commissione. Le modifiche apportatevi non abbisognano però di particolari e lunghi commenti.

L'isolamento degli ammalati contagiosi, che deve essere ordinato dal Dipartimento, il quale anche già con disposizione d'ordine generale nei confronti di determinate malattie può dettare norme di isolamento, è una misura che si comprende facilmente. Più difficile sarà farla eseguire se lo Stato di fronte alle famiglie od agli ammalati meno abbienti non assumerà o in parte o completamente le spese derivanti da tale isolamento. Nessuna disposizione precisa — malgrado la proposta di un commissario — venne dettata nel testo della legge. La pratica dirà se e come questi ordini saranno e potranno essere eseguiti.

Sancita l'obbligatorietà della denuncia di malattie infettive, per la quale la legislazione federale ed il regolamento di applicazione precisano le norme, la legge cantonale indica le persone che sono obbligate alla denuncia, l'Autorità che ordina le misure di profilassi, quali le persone che devono assoggettarsi alle stesse, le persone che sono responsabili per l'osservanza di tali ordini, la Autorità che decide in merito a queste misure. La Commissione ha accolto queste disposizioni, come pure non si è opposta, malgrado qualche parere contrario, alla obbligatorietà della vaccinazione antivaiolosa ed antidifterica ed alle conseguenze cui incorrono i bambini fino alla età di 10 anni se non sono stati vaccinati.

In caso di emergenza, ove esista pericolo del diffondersi d'altre malattie, è riconosciuto il diritto al Consiglio di Stato d'ordinare altre vaccinazioni profilattiche.

24) Il Titolo V tratta dell'igiene del suolo e dell'abitato ed introduce alcune norme d'ordine generale e particolare fin qui ignote ai nostri ordinamenti;

mentre altre richiamano disposizioni della legge edilizia del 1940, con le quali però non sono in contrasto: sono segnatamente richiamati a tale proposito gli articoli 99 e 100. Dopo discussione si approva l'art. 101 che sancisce l'obbligo generale di sempre domandare per gli edifici destinati ad uso pubblico e collettivo anche la approvazione del Dipartimento di igiene, al quale vanno trasmessi dal Municipio i piani con il proprio preavviso, nonchè *con quello del medico delegato*.

Le ulteriori regole dettate negli articoli da 102 a 105 sono tali da essere raccomandate, poichè determinate dalla precisa volontà di salvaguardare tanto la igiene privata, quanto quella pubblica. Lodevole la proibizione inscritta nella legge all'art. 104 di vietare costruzioni di nuove *stalle, porcili e pollai* nell'interno dell'abitato, e la minaccia di dichiarare inabitabili le case o parti di esse che non rispondono alle regole igieniche fissate dall'art. 105.

Queste disposizioni, anche se possono da qualcuno venir giudicate come troppo rigorose, si propongono il lodevolissimo fine di ottenere miglioramenti di natura sanitaria nei nostri Comuni rurali, per i quali sono previsti larghi sussidi per i lavori di risanamento delle abitazioni. Ciò è indispensabile se si vogliono finalmente stroncare l'accidia e la indifferenza di quelle Autorità comunali che poco o niente si preoccupano della sanità pubblica minacciata principalmente dalle abitazioni insalubri.

25) Gli articoli da 106 a 114 dettano le prescrizioni da osservare in materia di dotazione di acqua potabile nei Comuni, fissando l'obbligo di tale dotazione per tutti i Comuni, per le frazioni e per gruppo di abitazione.

La Commissione, pur apportando qualche lieve modifica al progetto, ha sanzionato le prescrizioni previste ed ha accordato al Dipartimento il compito di vigilare gli acquedotti a mezzo del Laboratorio cantonale di igiene (vedi art. 108). E ciò nell'intento ed allo scopo che non si debba negligerare la manutenzione di queste opere costruite anche con i sussidi dello Stato come troppo spesso avviene per la inerzia delle amministrazioni comunali o consortili.

Utilissime saranno anche le norme fissate all'art. 110 quo alla necessaria approvazione del Dipartimento, pena la nullità, delle concessioni che i Comuni accordano per l'esercizio del pubblico servizio di acqua potabile, e delle convenzioni stipulate fra Comuni per regolare le cessioni d'acqua potabile, ed anche quelle accordate da un Comune a privati o ad altro Comune per la distribuzione dell'acqua potabile.

La storia di queste concessioni è troppo nota a coloro che si occupano della pubblica cosa per non richiedere l'intervento del Dipartimento ad omologare o proibire simili concessioni, in modo da tutelare non solo l'interesse del Comune concedente, ma anche quello degli utenti privati.

Un regolamento, pure da approvare dal Dipartimento, fisserà le norme per la distribuzione d'acqua potabile, norme che saranno vincolanti per tutte le parti interessate.

Cadono pure sotto le medesime disposizioni generali gli impianti privati d'acquedotti e le captazioni d'acqua dal sottosuolo a mezzo di pozzi artesiani.

Ma ciò che è veramente *novità* da approvare *toto corde* è l'obbligo sancito all'art. 113 che ogni edificio adibito ad abitazione sia allacciato a *spese del proprietario dello stabile* ad una rete di distribuzione d'acqua potabile, con l'impianto almeno di un rubinetto per ogni famiglia che vi risiede. Tale imperativa norma è dettata avantutto dall'interesse generale della sanità pubblica ed in secondo luogo dalla necessità di proteggere e di assicurare il finanziamento delle opere di costruzione degli acquedotti pubblici che molte volte sorgono fra la indifferenza di molti cittadini, che non usano dell'acqua potabile per non sottostare alle tasse applicate dalle amministrazioni per garantire il servizio interessi dell'opera e per provvedere alle spese di manutenzione. Il grezzo egoismo di molti cittadini ha già messo in pericolo le finanze dei Comuni o dei

Consorzi che si sono assunti il compito di far defluire l'acqua potabile nel paese, superando non lievi difficoltà e lontananze non indifferenti.

26) I capitoli C e D del Titolo V dettano le prevedenze per le fognature, per la disciplina della nettezza pubblica: esse non hanno bisogno di commenti particolari poichè, la semplice lettura degli articoli da 116 a 124 ne spiega la portata.

Una novità non pertanto va segnalata ed è la prescrizione della lotta contro le mosche, gli insetti nocivi, ratti ed animali immondi che rappresentano sempre un grave pericolo per la trasmissione di malattie infettive.

La lotta contro le mosche, che già da diversi anni venne assunta ed incoraggiata dal Dipartimento igiene quando era retto dall'onorevole Canevascini, ha dato nei Comuni che hanno intrapresa ed eseguita tale azione, ottimi risultati. Qualche Comune ha abbandonato per la solita ignavia questa azione dopo un anno o due per non averne apprezzato subito i vantaggi. Qualche altro Comune, per esempio quello abitato dal vostro relatore, non si è per nulla nè stancato nè disinteressato del dovere di proteggere i cittadini dai pericoli che rappresentano le mosche, ed in un paese come Chiasso posto molto basso sul livello del mare, con la stazione internazionale (che occupa un terzo della sua giurisdizione) dalla quale transitano e sostano giornalmente centinaia di vagoni trasportanti merci vive e morte d'ogni qualità, le mosche sono quasi totalmente scomparse e tutti, principalmente i medici, ne sono soddisfatti. Ciò è dovuto alla costanza della Commissione comunale d'igiene che, con l'appoggio del Municipio e del Dipartimento, ha continuato nella bisogna.

27) All'igiene della scuola sono dedicati con il servizio dentario scolastico gli articoli da 125 a 139. Nuove sono le disposizioni introdotte dalla legge. Stabilito il criterio che i medici delegati sono i medici scolastici nei rispettivi circondari, il problema più particolare per altri ordini di scuole o per una più regolare organizzazione, trova una soluzione completamente diversa. Così viene riconosciuta ai Comuni la facoltà di creare il servizio del medico scolastico (che già in qualche centro è stato istituito) dietro autorizzazione del Dipartimento. Il medico addetto a tale servizio che, secondo la prassi della legge vuole essere nominato su concorso, deve essere retribuito come fosse un funzionario comunale e le sue competenze sono da stabilire prima di aprire il concorso per la nomina, di competenza del Municipio. Per le scuole secondarie, delle arti e mestieri e degli apprendisti, i medici scolastici — quando verranno istituiti — sono di nomina governativa; i loro compiti e la loro retribuzione è fissata dal Consiglio di Stato.

Un principio nuovo ma che ha già trovato applicazione in molti centri è quello introdotto nella legge agli articoli 128/129 che prevedono, per ogni allievo di qualsiasi ordine di scuole, sia pubbliche che private a cominciare dai giardini d'infanzia, la visita del medico all'inizio di ogni anno scolastico.

La Commissione si è occupata anche del riparto delle spese che comporteranno tali istituzioni. È sancito il principio che le spese vanno in linea generale a carico dello Stato, ha per contro affermata la opportunità della compartecipazione dei Comuni. E dopo lungo dibattito si è trovata una base di intesa con il Consiglio di Stato che voleva mettere a carico dei Comuni le spese nella misura dal 30 al 70 %, nel senso che tale contributo venga ridotto dal 20 al 70 % da ripartirsi ogni due anni dal Governo.

È questo sistema viene applicato anche all'aggravio imposto dalla creazione del servizio dentario scolastico reso obbligatorio per tutti gli allievi delle nostre scuole.

Questo ultimo servizio, che è del resto già in vigore, ha dato risultati non disprezzabili. E poichè «prima digestio in ore», la cura dentaria avrà certamente ripercussioni felici sull'organismo di tutti i nostri allievi piccoli e grandi.

Le previdenze consacrate in materia di igiene scolastica in questi due capitoli della legge troveranno senz'altro l'adesione della Sovrana Rappresentanza, chè nulla deve essere dimenticato per il miglioramento della pubblica sanità dell'animale « uomo » quando non si dimentichi tutto quanto la collettività fa per migliorare la razza bovina, ovina, equina, ecc., ecc.

28) Anche l'igiene sportiva ha trovato nel progetto di Codice sanitario qualche norma atta a tranquillizzare le famiglie che molte volte troppo incautamente lasciano che i loro figlioli si diano a forme sportive che richiedono loro sforzi non indifferenti. La sorveglianza delle associazioni sportive e l'obbligo per queste di nominare un medico di fiducia che deve sottoporre a visita tutti gli atleti che intendono partecipare a gare e trasmettere al Dipartimento un rapporto annuale sul risultato delle sue visite, non è misura da criticare.

Pur non contestando che per qualche società sportiva tale norma possa costituire un onere gravoso, appare però necessario mantenere gli articoli in parola. La Commissione ha preso atto delle dichiarazioni del capo del Dipartimento, onorevole Janner che, insistendo sul mantenimento di questi articoli, ha lasciato intravedere la possibilità di una intesa con l'A.S.F.A. allo scopo di rimediare con sussidi alla precarietà finanziaria delle società sportive deboli ed ha prospettata la possibilità di accordi per questo problema con il competente Dipartimento dell'interno.

29) Il Titolo VIII, lettere A.B.C., disciplinanti l'igiene del lavoro, le misure di igiene personale e le industrie e laboratori, non ha dato luogo a discussione. Le regole enunciate sono del resto abbastanza chiare e là dove queste speciali regole possono sembrare non soddisfacenti, soccorrono gli articoli del Codice civile svizzero, essendo la materia più d'ordine giudiziario che amministrativo.

30) Il Titolo IX, A-B art. 152 a 164 si occupa della polizia mortuaria e dei cimiteri. Una innovazione era contenuta all'art. 153 là ove introduceva il principio (che a molti Commissari diede l'impressione che si volesse rivoluzionare la materia) dei funerali con un mezzo di trasporto unico garantendo la gratuità del trasporto e mettendo a carico del Comune le relative spese. Per quanto moltissimi Cantoni confederati e molte città abbiano già da anni stabilita la uniformità del mezzo di trasporto delle salme per tutti, ricchi e poveri, la maggioranza della Commissione non ha accordata la sua simpatia al progetto governativo, per cui questo principio, al quale il relatore per conto suo dava completa adesione, è stato abbandonato e la relativa disposizione è venuta a cadere.

Per il resto nulla di effettivamente nuovo sulla pratica attuale introdussero questi due capitoli, salvo la disposizione di massima che ogni Comune dovrà avere un cimitero suo proprio, riservata la creazione di cimiteri consortili o la imposizione della costruzione di più cimiteri in un Comune, da decidersi dal Governo. La deposizione o conservazione di salme imbalsamate o mummificate fuori dal recinto dei cimiteri può solo essere permessa dal Consiglio di Stato. Le are crematorie devono sorgere entro il recinto dei cimiteri. Questa forma di tumulazione, che tante lotte aveva sollevato nel passato ormai lontano, è ora disciplinata dalla legge cantonale per tutti i Comuni e più nessuno, anche l'avversario più accanito, osa sollevare eccezioni contro questa pratica.

31) In generale è lasciato al regolamento di applicazione della legge, che dovrà essere elaborato dal Consiglio di Stato con una certa sollecitudine appena il Codice sanitario sarà entrato in vigore, il disciplinamento ulteriore di molte disposizioni solo indicato per sommi capi nella legge.

32) Per la esecuzione della presente legge i relativi crediti dovranno essere di volta in volta e per ogni applicazione dei nuovi statuti contemplati, chiesti dal Consiglio di Stato, approvati dal Gran Consiglio e trovare la loro iscrizione nel bilancio preventivo.

33) La legge ha un capitolo speciale, il Titolo XI, dedicato alle contravvenzioni ed alla relativa procedura.

Ribadito il principio che anche per le inosservanze e pene previste dalle disposizioni del nuovo Codice sanitario applicabili dal Dipartimento o dal Consiglio di Stato fa stato la procedura in materia di contravvenzione attualmente in vigore, osservarsi che in tema di multe il progetto ha abbandonato il criterio della tenuità dell'importo ed ha alzato, là ove non sono comminate sanzioni speciali, il limite della multa fino a Fr. 5.000,— per tutti i casi di contravvenzione ai dispositivi del Codice sanitario, multa che per effetto dell'art. 171 può essere raddoppiata in caso di recidiva.

Non bisogna a questo proposito dimenticare che la tenuità della multa non serve mai a far smettere il contravventore che molte volte ha quasi un interesse a pagare lo scotto perchè la lesione da lui inferta alla legge è più remunerativa dell'ammenda.

La legge ha poi escluso il ricorso alla Camera dei ricorsi penali per le multe inflitte dal Dipartimento: ed innovazione non disprezzabile è la disposizione che le decisioni del Governo sono inappellabili. Tale innovazione voluta dalla Commissione con pieno accordo del direttore del Dipartimento, onorevole Janner, appare opportuna. E nessuno vorrà contestare che in una materia così delicata come quella trattata dal Codice sanitario, che ha per mira la difesa della sanità pubblica in generale e dell'individuo in particolare, le misure prese dalle Autorità preposte a sancire tale garanzia debbano trovare una sanzione immediata e non poter essere trascinate nel tempo con un lusso di reclami quali previsti dalla procedura delle contravvenzioni applicata fin nelle sue ultime conseguenze.

Prevede la legge misure abbastanza severe anche contro coloro che non adempiono e trascurano quei doveri che la legge loro affida. L'art. 170 a questo proposito è di tutta attualità.

34) Al Titolo XII, nelle disposizioni transitorie e finali, viene stabilito a giusta ragione che rimangano al beneficio delle autorizzazioni conseguite tutti i professionisti ammessi al libero esercizio in base alla legge sanitaria del 1924 e che per l'arte dentaria restano definitivamente in vigore le disposizioni transitorie del decreto legislativo 25 novembre 1919, dell'art. 79 lett. b) della legge 23 giugno 1924 e viene confermato, in pieno accordo con l'ordine dei medici dentisti, l'art. 1 cifra b, sub 2 del decreto legislativo 5 dicembre 1938 che accordava a 4 persone il permesso di esercizio dell'arte dentaria. Queste uniche eccezioni, che hanno ricevuto il crisma del Gran Consiglio, devono restare iscritte nel Codice sanitario perchè il non osservarle costituirebbe una vera ingiustizia ed un attacco al concetto del diritto acquisito, ciò che nessuna Autorità legislativa può commettere senza esautorarsi.

Invece la Commissione non ha potuto accogliere una proposta tendente a stabilire nuovi casi di eccezione per coloro che, abusando della legge, sono riusciti ad esercitare fraudolentemente l'arte dentaria per circostanze che risultano inspiegabili. Aprire la porta a nuove eccezioni sarebbe veramente troppo pericoloso e la Commissione, a fortissima maggioranza, ha respinto il suggerimento di qualche commissario avanzato nell'ultima seduta.

35) Per le farmacie è stato introdotto il principio che questi importanti rami dell'attività professionale, quando sono di proprietà di società commerciali o di non professionisti, possono continuare per altri 10 anni la loro attività con la medesima ragione sociale. Passato questo periodo entrerà in vigore la norma stabilita dall'art. 37 cap. 2 e 3 che abbiamo illustrato al n. 12, nè occorre ripetere trattando questa disposizione transitoria.

36) La legge accorda un termine di respiro di *due anni* alle case di cura ed alle levatrici per adattarsi alle misure stabilite agli articoli 62 (medico in-

terno) e 55 (pensione di gestanti), delle quali abbiamo parlato riferendo su dette disposizioni.

37) L'art. 179 stabilisce la massima che le nomine previste dal Codice sanitario restano in vigore fino al mese di giugno dell'anno successivo alla elezione del Governo. Misura prudentiale che ha meritato l'approvazione della Commissione.

I nostri onorevoli Colleghi vorranno scusare se questo rapporto ha forse e senza forse preso una ampiezza maggiore di quella che il vostro relatore stesso si prefiggeva. Ma la materia è di tale importanza e vastità che non poteva il progetto di legge essere presentato alla Sovrana Rappresentanza senza prospettarne gli aspetti, le norme, le disposizioni più interessanti, pur lasciando al messaggio governativo la trattazione di altre particolari situazioni.

A nome della Commissione, che ha trattato il problema con grande cura e diligenza e che prega i Colleghi di esaminare anche il messaggio governativo, presentiamo all'onorevole direttore Consigliere di Stato Janner, al segretario del Dipartimento signor Panzera ed al medico cantonale, dr. Fracchina, i nostri ringraziamenti per la fattiva e continua collaborazione prestata, senza dimenticare ancora una volta un saluto di omaggio al defunto Consigliere di Stato Agostino Bernasconi, che questa opera aveva iniziato lavorando con la Commissione nella prima sessione di costituzione del 20 aprile e poi nel maggio 1951 nella sessione tenuta a Castagnola.

Per la Commissione speciale :

avv. Francesco Borella, relatore
Agostineti — Agustoni — Boffa
— Lafranchi — Maderni —
Masina — Moccetti, con riserva
— Olgiati — Tatti — Verda A.

